

VERSIÓN PÚBLICA

“Este documento es una versión pública, en el cual únicamente se ha omitido la información que la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP), define como confidencial entre ello los datos personales de las personas naturales firmantes”. (Artículos 24 y 30 de la LAIP y artículo 6 del lineamiento No. 1 para la publicación de la información oficiosa)

“También se ha incorporado al documento la página escaneada con las firmas y sellos de las personas naturales firmantes para la legalidad del documento”



HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL
ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS
UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)
 FINAL 11 CALLE PONIENTE Y 23 AV SUR COLONIA CIUDAD JARDÍN, SAN MIGUEL

Lugar y Fecha: San Miguel, 11 de Abril de 2019. ✓ **No de Orden:** 144/2019 ✓
Solicitante: FARMACIA ✓ **Solicitud No:** 007/2019
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante: CORPORACIÓN CEFA, S.A. de C.V. ✓ **NIT Y / O NRC:** [REDACTED]
Clasificación: Gran Empresa **Correo Electrónico:** jalvarado@cefaelsalvador.com.sv
Dirección: Calle Siemens y Av. Lamatepec #55-56, Pque Industrial, Santa Elena, Antiguo Cuscatlan, La Libertad. Tel. 2259-1100

Medicamentos en desabastecimiento por incremento de consumo ✓

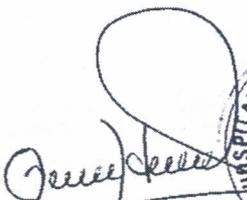
R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	1,000	C/U	00200011	FOSFOCIL 1 G. I. V. , FRASCO VIAL POLVO/PARA DILUCIÓN, CASA REPRESENTADA: LAB. SENOSIAIN, PAIS ORIGEN: MEXICO, VENCIMIENTO: 18 MESES	\$ 7.45	\$ 7,450.00 ✓
TOTAL US:						\$ 7,450.00 ✓

(TOTAL EN LETRAS) SIETE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA 00/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA ✓

OBSERVACION Si el servicio o suministro es igual o mayor a \$ 100.00 (sin incluir IVA) favor aplicar y reflejar en factura el 1% de Retención.-	INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE: TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES: Presentar en la Unidad Financiera UFI, para tramite de Quedan, Factura consumidor final en duplicado cliente a nombre del Hospital Nacional San Juan de Dios de san Miguel, ocho copias de las facturas y actas de recepción debidamente firmadas y selladas por el/la Guardalmacén, Representante de la empresa Suministrante, Administrador de contrato u orden de Compra. En caso de no aceptar esta Orden, solicitamos por escrito las razones por las cuales no acepta la adjudicación.	C. C. *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
---	---	--

LUGAR DE ENTREGA: HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL

FECHA DE ENTREGA: 500 FCOS. 10 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR O C Y EL RESTO 25 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIDA O C **FORMA DE PAGO:** **CRÉDITO 60 DÍAS**


 F. Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales
 DIRECTORA HOSPITAL



Administrador de la Orden: Lícda. Silvia Melany Ortiz Alvarado
 Jefe de Farmacia
 PBX: 2665-6100 EXT: 1251

Elaboró: Evelin Marisol Quintanilla Castro
FECHA DE DISTRIBUCIÓN: 12 ABR. 2019

00000002